



Особенности Лечения Параклинических Проявлений Ревматоидного Артрит

1. Абдушукурова Комила
Рустамовна
2. Хамраева Насиба
Абдурасуловна

Received 2nd Oct 2023,
Accepted 19th Oct 2023,
Online 11th Nov 2023

¹ Старший преподаватель, кафедра внутренних болезней No.1, Самаркандский Государственный медицинский Университет, Самарканд, Узбекистан

² Ассистент, кафедра внутренних болезней, нефрологии и гемодиализа, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Аннотация: Ревматоидный артрит (РА) — наиболее распространенное воспалительное заболевание суставов. В мире РА страдают 63 млн человек. Установлено, что именно первые годы с момента развития РА являются решающими с точки зрения прогрессирования патологического процесса. Невротические расстройства сопровождаются нарушением пластичности нервной системы - способности ее регулировать все структурно-функциональные организации и адаптационные процессы, что в свою очередь приводит к глубоким изменениям иммунологического гомеостаза, гормонального баланса и всех видов обмена.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, невротические нарушения, психотерапия.

Введение

Ревматоидный артрит (РА) — наиболее распространенное воспалительное заболевание суставов. В мире РА страдают 63 млн человек. Установлено, что именно первые годы с момента развития РА являются решающими с точки зрения прогрессирования патологического процесса. Невротические расстройства сопровождаются нарушением пластичности нервной системы - способности ее регулировать все структурно-функциональные организации и адаптационные процессы, что в свою очередь приводит к глубоким изменениям иммунологического гомеостаза, гормонального баланса и всех видов обмена. Среди заболеваний, распространенность которых в популяции характеризуется выраженным и устойчивым ростом, одно из ведущих мест занимает ревматоидный артрит (РА). Социальная значимость РА также определяется увеличивающимися показателями инвалидности и высокой «стоимостью» болезни [1,4,10,11,12]. Больные РА имеют очень мало шансов восстановить трудоспособность и возвратиться к работе и весьма низко оценивают качество своей жизни по всем его параметрам [3,9]. Многолетнее и длительное течение РА приводит к нарушению образа жизни больных, смене интересов, снижению социального и материального положения, а также к ухудшению межличностных взаимоотношений. Со временем больные все больше

фиксируют внимание на себе и своих ощущениях. Формируется негативный взгляд на эффект противоревматических методов, появляется недоверие к врачебным рекомендациям, образуется круг невротических и психотических нарушений, что требует включения в стандарты лечения РА психологических методов лечения и реабилитации больных [5,6,19,20].

Для лечения психосоматических нарушений рекомендован ряд фармакологических и нефармакологических методов. На стационарном этапе предпочтительно медикаментозное лечение: седативные средства, антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики. Нефармакологические методы - аутогенная тренировка, гипносуггестивная психотерапия, физиотерапия, иглорефлексотерапия, лечебная физкультура эффективны на этапах реабилитации больных [14,17,18].

Однако, методы улучшения психологического статуса больных с другими терапевтическими заболеваниями, малоприменимы у больных РА, которые существенным образом отличаются более длительным и тяжелым течением заболевания, выраженной дезадаптацией, нарушениями психологического статуса и значительным ухудшением качества жизни. Все это требует разработки новых подходов к лечению больных РА на основе анализа и учета клинко-психологических взаимоотношений, личностных характеристик, влияющих на адаптационные возможности больных.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 168 больных РА (табл.1). Диагноз РА был установлен по критериям Американской ревматологической ассоциации (1997). При установлении и формулировке диагноза учитывались рекомендации по номенклатуре и классификации заболевания, предложенные ГУ Институт ревматологии РАМН [13,15,16].

Таблица 1. Распределение больных РА в зависимости от пола и возраста

Пол		Возраст, лет			Давность, годы			
Муж	Жен	16-30	31-50	50-75	0,5-1	1-5	5-10	10-15
55	113	47	77	44	21	54	45	48

Среди обследованных преобладали лица женского пола (67,2%), пациенты в возрасте 31-50 лет (45,8%) и продолжительностью заболевания от 5 до 15 лет (55,4%). Средний возраст больных РА составил – $41,7 \pm 1,2$ лет, продолжительность заболевания - $6,0 \pm 0,5$ лет.

Невротические нарушения (НН) были изучены по специально разработанным методическим рекомендациям НИИ Общей и судебной психиатрии им. В.П.Сербского (1991) [13].

При проведении лечебных мероприятий предусмотрено снижение степени боли, активности патологического процесса, подбор длительно действующих базисных препаратов и проведение ПТЛ. Подбор суточной дозы НПВП осуществлялся в зависимости от степени активности патологического процесса. Были использованы ингибиторы ЦОГ-1 и ЦОГ-2: вольтарен, ортофен, диклофенак, ибупрофен, индометацин, пироксикам и селективные ингибиторы ЦОГ-2: мовалис, нимесил и целебрекс. Гормональное лечение было назначено 60 больным: внутрь (преднизолон) - 19, парентерально – 23 больным. Внутриартикулярные инъекции (кеналог, флорестерон, дипроспан) получили 18 больных. Из базисных средств: плаквенил, делагил были назначены 59, сульфосалазин – 47, метотрексат – 32, циклофосфамид – 5 больным.

Для определения эффективности лечения использована визуальная аналоговая шкала (ВАШ) боли, с помощью которой оценивалась боль в наиболее пораженном суставе в покое, при движении, в положении стоя/сидя, спуске/подъеме по лестнице. Функциональные возможности оценивали по сумме баллов от 0 до 4 по способности умыться, одеться, спуститься/подняться по лестнице.

Статистическую обработку результатов проводили при помощи пакета программ Statistica версии 6,0 для Windows. Для всех анализов различия считались достоверными при $P < 0,05$.

Результаты. Проведенное исследование способствовало выявлению невротических нарушений у 122 (65,6%) больных: у 38 (22,6%) - слабой, у 59 (31,7%) - средней и у 25 (14,9%) - выраженной степени. Наиболее часто диагностированы астеновегетативные нарушения (у 103 больных – 61,3%). У 24,4% больных астеновегетативная симптоматика сочеталась с признаками эмоциональных, у 14,3% - ипохондрических, у 9,5% - истерических и у 4,8% - навязчивых нарушений (табл.2).

Таблица 2. Сравнительная характеристика больных (до начало лечения)

Показатели	Степень невротических нарушений			
	0	I	II	III
Всего	46 (100,0%)	38 (100,0%)	59 (100,0%)	25 (100,0%)
Астеновегетативные нарушения	-	26 (68,4%)	55 (93,2%)	22 (88,0%)
Эмоциональные нарушения	-	4 (10,6%)	17 (28,8%)	20 (80,0%)
Ипохондрические нарушения	-	2 (5,3%)	9 (15,3%)	14 (56,0%)
Истерические нарушения	-	7 (18,4%)	4 (6,8%)	5 (20,0%)
Навязчивые нарушения	-	1 (2,6%)	1 (1,7%)	6 (24,0%)

ПТЛ проводилось в зависимости от вида и степени выраженности НН. При НН легкой степени (I группа) комплексное лечение проводилось с применением общеукрепляющих препаратов, процедур физиотерапии (электросон, воротник по Щербаку, дарсонвализация) и лечебной физкультуры. При расстройствах средней степени (II группа) были рекомендованы седативные средства: новопассит, седавит (по 10 мл 3-4 раза в день), глицин (10-20 мг/сут), адаптол (500 мг/сут). Лечение НН выраженной степени (III группа) проводилось антидепрессантами (амитриптилин 10-20 мг/сут). Антидепрессанты (в малых дозах и коротких курсах) были рекомендованы после предварительной консультации с невропатологами (при необходимости с психиатрами). В качестве дополнительной терапии применялись растительные средства с седативным (валериана, пустырник, зверобой) или активизирующим (женьшень, элеутерококк) действием. Курс лечения при применении седативных средств составил 10-12 дней, амитриптилина – 14-21 дней. Контрольную группу составили 46 больных РА, у которых не были отмечены невротические или психотические нарушения.

В процессе лечения неоднократно была проведена беседа с больными, в ходе которой они получали информацию о сущности их болезни, особенностях ее течения и возможностях терапии. Давались конкретные советы по длительному систематическому медикаментозному лечению, диете, выполнению врачебных рекомендаций и особенно, по лечебной физкультуре. Беседы проводились индивидуально и в присутствии родственников.

Важной составляющей частью лечебной программы НН является повышение физической активности и чувства независимости. В программу должны входить занятия по восстановлению психо-эмоционального состояния, физической способности, трудовых навыков и правильному питанию. Особую роль для этого контингента больных играет гуманное отношение к ним медицинского персонала и особенно – родственников.

У больных РА ПТЛ способствует уменьшению симптомов НН. В начале лечения ослабевают признаки астеновегетативных и эмоциональных нарушений. На 4-5-й день у основного числа больных с НН отмечалось уменьшение времени засыпания, удлинение продолжительности и увеличение глубины ночного сна. На 6-7-й день лечения - улучшалось настроение больных, снижалось чувство усталости, раздражительности и раздражительной слабости. Из

вегетативных признаков отмечено уменьшение головных болей, головокружения, потливости и признаков диспепсии. К концу первой недели больные стали более активными, у них уменьшились признаки навязчивых и ипохондрических нарушений: снижение степени фиксации внимания на своем здоровье, боязливости, преувеличения боли и тяжести состояния, навязчивости страхов, мыслей и сомнений в результатах лечения.

Обсуждение. Психокорректирующие методы эффективно влияют на изменение взглядов пациента на свои проблемы, семейные отношения, улучшают психологическую атмосферу между пациентом и окружающими, способствуют компенсации личностных особенностей и расширяют возможности социальной адаптации больных. После курса лечения у 66 (54,1%) больных НН наблюдалась полная, у 44 (36,1%) – значительная редукция симптоматики. У 12 (9,8%) больных не улучшалась симптоматика НН. Положительные результаты были получены у больных с астеновегетативными, эмоциональными нарушениями легкой степени, удовлетворительные – при НН средней степени, неудовлетворительные – при НН выраженной степени.

Комплексное лечение с применением ПТЛ привело к положительной динамике и ряда клинических показателей (табл.3).

Таблица 3. Динамика показателей суставного синдрома в зависимости от вида психокорректирующей терапии

Показатели	ПТЛ			Контрольная группа
	I группа	II группа	III группа	
Утренняя скованность, мин.	$108,8 \pm 11,3$ $41,8 \pm 4,8^{**}$	$113,0 \pm 8,7$ $38,5 \pm 3,0^{**}$	$165,0 \pm 12,0$ $59,8 \pm 5,3^{**}$	$94,1 \pm 10,1$ $51,5 \pm 7,5^{**}$
Болевой индекс, б.	$2,1 \pm 0,1$ $1,1 \pm 0,1^*$	$2,2 \pm 0,1$ $1,0 \pm 0,1^*$	$2,5 \pm 0,1$ $1,2 \pm 0,1^{**}$	$2,1 \pm 0,1$ $1,8 \pm 0,1$
Число болезненных суставов	$8,3 \pm 0,7$ $3,6 \pm 0,3^{**}$	$9,8 \pm 0,6$ $4,5 \pm 0,3^{**}$	$10,9 \pm 0,7$ $6,1 \pm 0,6^*$	$7,7 \pm 0,6$ $4,5 \pm 0,5^*$
Индекс П. Ли, б.	$12,2 \pm 1,1$ $5,4 \pm 0,6^{**}$	$14,8 \pm 0,8$ $6,6 \pm 0,5^{**}$	$17,5 \pm 0,8$ $9,4 \pm 0,6^{**}$	$12,7 \pm 0,8$ $8,5 \pm 0,7^*$
Манипуляционная способность кистей, %	$75,6 \pm 3,2$ $93,7 \pm 2,0^*$	$66,6 \pm 2,5$ $90,2 \pm 1,7^*$	$66,2 \pm 2,5$ $87,2 \pm 2,0^*$	$77,7 \pm 2,9$ $92,1 \pm 2,0^*$
Боль по ВАШ, мм	$68,8 \pm 6,1$ $31,8 \pm 3,2^{**}$	$72,3 \pm 5,1$ $36,2 \pm 3,7^{**}$	$79,0 \pm 7,1$ $44,5 \pm 4,2^{**}$	$65,1 \pm 6,2$ $51,5 \pm 7,5$
Оценка состояния больных по ВАШ, мм	$71,1 \pm 6,3$ $41,8 \pm 4,3^*$	$76,5 \pm 6,2$ $46,1 \pm 4,4^*$	$82,0 \pm 7,4$ $54,5 \pm 5,8^*$	$70,1 \pm 7,0$ $61,4 \pm 5,5$

Примечание: * - по сравнению с данными у больных до стационарного лечения (*- $P < 0,05$; **- $P < 0,02$). В числителе до, в знаменателе – после стационарного лечения.

У больных с легкой, средней и выраженной степенью невротических нарушений уровень снижения продолжительности утренней скованности составила 2,6, 2,9 и 2,8 раза (в контрольной группе - 1,8 раз), болевого индекса – 1,9, 2,2 и 2,1 раза (в контрольной группе - 1,2 раза) и индекса П.Ли – 2,3, 2,2 и 1,9 раза (в контрольной группе - 1,5 раз). В основной группе больных после курса лечения степень повышения манипуляционной способности кистей составила – 1,2, 1,4 и 1,3 раза, а в контрольной – 1,2 раза.

Эффективность ПТЛ также оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). По ВАШ определяли выраженность боли в пораженных суставах в покое и при движениях, оценку пациентом общего состояния своего здоровья. Отмечена позитивная динамика при выполнении больным обычных движений, что способствовало улучшению общего состояния больного в

целом. Следовательно, выбранный дифференцированный подход к лечению невротических нарушений у больных РА оправдывает свое применение.

После курса комплексного лечения с применением ПТЛ 62,3% больных результат лечения оценили как положительный (хороший), 26,2% - как удовлетворительный и 11,5% - как неудовлетворительный, в контрольной группе эти результаты отмечали соответственно: у 52,2; 37,0 и 10,8% больных (табл.4). При этом необходимо отметить, что ПТЛ в основном было назначено тяжелой категории (по соматическим показателям) больных. В этой группе по сравнению с лицами с контрольной группы преобладали больные с высокой степенью активности патологического процесса (определялась по DAS 28), лица с продолжительностью заболевания более 10 лет, пациенты с функциональным классом II, III, IV степени и инвалиды.

Таблица 4. Оценка результатов лечения по улучшению функционального состояния пациентов

Показатели	Степень невротических нарушений			
	0	I	II	III
Эффект лечения				
Хорошее	24 (52,2%)	26 (68,4%)	36 (61,0%)	14 (56,0%)
Удовлетворительное	17 (37,0%)	8 (21,1%)	17 (28,8%)	7 (28,0%)
Неудовлетворительное	5 (10,8%)	4 (10,5%)	6 (10,2%)	4 (16,0%)

Как показали наши исследования, при хронических заболеваниях суставов выявление невротических расстройств представляет определенные трудности. Это прежде всего связано с тем, что на фоне суставного синдрома жалобы невротического характера не привлекают достаточного внимания лечащих врачей, а такие признаки как утомляемость, раздражительность, плохой сон часто оцениваются как симптомы основного заболевания. Кроме того, некоторые больные воспринимают вопросы анкеты как унижающие их достоинство и с трудом делятся со своими внутренними переживаниями. Это обстоятельство требует определенной коррекции вопросов самооценки и методов психологического анализа, тщательного исследования соматического и жизненного анамнеза и беседы с родственниками больных.

Заключение. Выбор лечения невротических нарушений у больных РА должен исходить от степени их выраженности. При НН легкой степени в комплексную терапию должны входить общеукрепляющие методы, средней степени – седативные средства, а при выраженной степени – транквилизаторы или антидепрессанты (в малых дозах и коротких курсах). Присоединение к противоревматическим средствам психокорректирующих методов, в первую очередь, способствует более быстрому снижению невротической напряженности и улучшению общего состояния больных, что создает благоприятный психо-эмоциональный фон для продолжения дальнейшего лечения. Методы ПТЛ оказывают болеутоляющее и седативное действие, и способствуют усилению анальгетического эффекта НПВП [21]. Поэтому при их назначении, по сравнению с контрольной группой отмечается достоверное улучшение ряда показателей суставного синдрома, и при этом, особенно ощутима динамика снижения боли и улучшения общего состояния больных по ВАШ. Применение ПТЛ уменьшает клинику ситуационных психогенных реакций на противовоспалительные препараты, в частности, на ГКС. ПТЛ безопасно в отношении развития нежелательных явлений. Нами не отмечено изменение АД, пульса, частоты дыхания у больных, не было больных с развитием гастралгией, сердечных и головных болей. ПТЛ также обладает миорелаксирующим действием и улучшает двигательную активность, что открывает перспективы их широкого применения при лечении хронических поражений суставов.

Применение ПТЛ оправдано еще и тем, что до сих пор (к сожалению), вопросам реабилитации РА уделяется мало внимания. Редко используются ортезы для суставов и другие специальные приспособления, которые облегчают выполнение тех или иных функций: толстые ручки у столовых приборов, высокий стул, кровать, сидение для унитаза, дополнительные ручки в ванной комнате и т.д. [2,7,8].

Литература

1. Абрамкин, А. А., Лисицина, Т. А., Вельтищев, Д. Ю., Серавина, О. Ф., Ковалевская, О. Б., Глухова, С. И., & Львович, Н. Е. (2020). Рекуррентная депрессия и выраженность суставной деструкции у больных ревматоидным артритом. *Терапевтический архив*, 92(5). Каратеев, Д. Е., Олюнин, Ю. А., & Лучихина, Е. Л. (2011). Новые классификационные критерии ревматоидного артрита ACR/EULAR 2010 шаг вперед к ранней диагностике. *Научно-практическая ревматология*, (1).
2. Лисицина, Т. А., Абрамкин, А. А., Вельтищев, Д. Ю., Серавина, О. Ф., Ковалевская, О. Б., Зелтынь, А. Е., ... & Краснов, В. Н. (2019). Хроническая боль и депрессия у больных ревматоидным артритом: результаты пятилетнего наблюдения. *Терапевтический архив*, 91(5).
3. Гусева, И. А., Демидова, Н. В., Лучихина, Е. Л., Новиков, А. А., Александрова, Е. Н., Болдырева, М. Н., ... & Насонов, Е. Л. (2008). Иммуногенетические и иммунологические маркеры раннего ревматоидного артрита (результаты первого этапа исследований по программе РАДИКАЛ). *Научно-практическая ревматология*, (6).
4. Галушко, Е. А., Эрдес, Ш. Ф., Базоркина, Д. И., Большакова, Т. Ю., Виноградова, И. Б., Лесняк, О. М., ... & Черных, Т. М. (2010). Распространенность ревматоидного артрита в России (по данным эпидемиологического исследования). *Терапевтический архив*, 82(5), 9-14.
5. Головач, И. Ю., Авраменко, О. Н., & Куринная, Л. И. (2014). Оценка качества жизни, тревожности и депрессии у пациентов с ревматоидным артритом. *Український ревматологічний журнал*, (1), 23-28.
6. Ткаченко, Е. В., & Найденова, Ю. Л. (2015). Нейропсихологические характеристики депрессии у пациентов с ревматоидным артритом. *Международный неврологический журнал*, (6 (76)).
7. Абдушукурова, К. Р., Исламова, К. А., Ахмедов, И. А., & Хамраева, Н. А. (2023). Суставной Синдром При Хронических Воспалительных И Дистрофических Заболеваниях Суставов. *Miasto Przyszłości*, 33, 209-214.
8. Ibrat, A., Kamola, I., Komila, A., & Nodira, T. (2023). FEATURES OF THE SYNDROMES OF OSTEOPOROSIS AND SARCOPENIA IN RHEUMATOID ARTHRITIS WITH MUSCLE WEAKNESS. *Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development*, 13, 95-103.
9. Исламова, К., & Карабаева, Г. (2020). ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА. *Журнал кардиореспираторных исследований*, 1(3), 59-62.
10. Исламова, К. А., & Тоиров, Э. С. (2019). Значение факторов риска на качество жизни больных остеоартрозом. In *Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: сборник статей IV Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, IV Всероссийского форума медицинских и фармацевтических вузов «За качественное образование», (Екатеринбург, 10-12 апреля 2019): в 3-х т.-*

Екатеринбург: УГМУ, CD-ROM.. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

11. Islamova K. A. et al. RISK FACTORS FOR EARLY DEVELOPMENT OF OSTEOARTHRITIS. – 2022.
12. Ишанкулова, Н. Н., Абдушукурова, К. Р., Ахмедов, И. А., & Ташинова, Л. Х. (2019). Оценка качества ведения пациентов с артериальной гипертензией в условиях семейной поликлиники. *Здоровье, демография, экология финно-угорских народов*, (4), 29-31.
13. Абдушукурова, К. Р., Исламова, К. А., Ахмедов, И. А., & Хамраева, Н. А. (2023). Суставной Синдром При Хронических Воспалительных И Дистрофических Заболеваниях Суставов. *Miasto Przyszłości*, 33, 209-214.
14. Абдушукурова, К. (2020). ПРИМЕНЕНИЕ АСПИРИНА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА. *Журнал кардиореспираторных исследований*, 1(3), 49-51.
15. Ахмедов, И. А., & Абдушукурова, К. Р. (2020). REVMATOID ARTRIT VA YURAK ISHEMIK KASALLIGI BO 'LGAN BEMORLARDA ASPIRIN QO 'LLANILISHI. *Журнал кардиореспираторных исследований*, 1(3).
16. Amrillaevich, A. I., & Xolmuratovna, T. L. (2020). REVMATOID ARTRIT KASALLIGIDA BO 'G 'IM VA BRONXOPULMONAL O 'ZGARISHLARNI ERTA ANIQLASHDA MAGNIT REZONANS VA KOMPYUTER TOMOGRAFIYANING IMKONIYATLARI. *Journal of cardiorespiratory research*, 1(3), 52-54.
17. Abdurasulovna, H. N., Akramovna, I. K., Rustamovna, A. K., & Egamkulovich, X. B. (2023). INFLAMMATORY ACTIVITY AND RENAL PATHOLOGY IN LUPUS NEPHRITIS. *Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development*, 13, 89-94.
18. Хамраева, Н. А. (2022). COURSE OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS DEPENDING ON CLIMATE AND GEOGRAPHICAL CHARACTERISTICS. *УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ*, 3(5).
19. Хамраева, Н. А., & Тоиров, Э. С. (2015). Оценка эффективности" пульс терапии" у больных с системной красной волчанкой. *Вестник Хакасского государственного университета им. НФ Катанова*, (12), 103-106.
20. Исламова, К. А., Абдушукурова, К. Р., Хамраева, Н. А., & Эшмуратов, С. Э. (2023). ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ ГИАЛУРОМ ХОНДРО ПРИ РАННЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ. *IQRO*, 2(2), 186-193.